

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Anita Johnsen Vikestrand

Til bords med Parkinson sykdom

Dining with Parkinson`s disease

Dato: 19.05.2016

Totalt antall ord: 9643

*«Det arbeidet som duger,
er det som blir utført av dyktige hender,
ledet av en klar hjerne og inspirert av et kjærlig hjerte»*

Florence Nightingale

Abstrakt

Introduksjon: Ernæringsproblemer og vekttap viser seg å være vanlig hos pasienter med Parkinson sykdom på grunn av motoriske – og ikke- motoriske symptomer. Det viser seg at pasientgruppen og pårørende blir møtt med ulik kompetanse om Parkinson sykdom, da spesielt på sykehjem. **Hensikt:** Belyse hvordan sykepleiere kan sikre tilfredsstillende ernæring og en god måltidsopplevelse for pasienter med Parkinson sykdom på sykehjem. **Metode:** En allmenn litteraturstudie. Det ble gjort et systematisk søk etter forskningsartikler i databasene Medline og Chinal. 13 forskningsartikler som var relevante for oppgaven og besvarer oppgavens hensikt ble inkludert i litteraturstudien. **Resultat:** Ved å bruke kartleggingsverktøy viste det seg at pasienter med Parkinson sykdom var utsatt for ernæringsmessig risiko. Det var flere faktorer som hadde innvirkning på matinntaket og måltidsopplevelsen. Selvtendighet og autonomi hadde en stor betydning for pasientene. Resultatet er basert på pasientperspektivet. **Diskusjon:** Funnene i resultatet ble diskutert opp mot sykepleieperspektivet med bakgrunn i relevant litteratur, Florence Nightingales sykepleieteori og andre teorier. Kategoriene fra resultatet ble også brukt i diskusjonskapittelet. **Konklusjon:** Det var flere faktorer som hadde innvirkning på ernæringssituasjonen hos pasienter med Parkinson sykdom. Sykepleiere må ha kunnskap og kompetanse om disse faktorene, for å kunne iverksette hensiktsmessige tiltak. En tverrfaglig tilnærming vil være aktuelt.

Nøkkelord: Parkinson sykdom, underernæring, vekttap, dysfagi, ernæring, livskvalitet

INNHALDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt	3
1.3 Sykepleierelevans og teori	4
2 METODE	5
2.1 Litteraturstudie	5
2.2 Etske overveielser	5
2.3 Litteratursøk	6
2.4 Inklusjon - og eksklusjonskriterier	7
2.5 Innholdsanalyse	8
3 RESULTAT	10
3.1 Kartlegging av ernæringsstatus	10
3.2 Matinntak og måltidsopplevelse	11
3.3 Livskvalitet, måltidsopplevelse og mestring	13
4 DISKUSJON	16
4.1 Resultatdiskusjon	16
4.1.1 Kartlegging av ernæringsstatus	16
4.1.2 Matinntak og måltidsopplevelse	19
4.1.3 Livskvalitet, måltidsopplevelse og mestring	22
4.2 Metodediskusjon	25
5 KONKLUSJON	27
LITTERATURLISTE	28

VEDLEGG 1: Oversikt over søkestrategier

VEDLEGG 2: Oversikt over inkluderte artikler

VEDLEGG 3: Analysetabell

1 INNLEDNING

Denne litteraturstudien vil ta for seg Parkinson sykdom i forhold til ernæringsproblematikk og hvordan sykepleiere kan legge til rette for tilfredsstillende ernæring og en god måltidsopplevelse hos denne pasientgruppen.

1.1 Bakgrunn

Parkinson sykdom er en av de mest vanlige nevrodegenerative sykdommene. Den er kronisk og progressiv, med individuell progresjonshastighet (Herolfson & Kirkevold, 2010). Sykdommen rammer mellom 100 og 150 pasienter per 100.000 innbyggere, dette utgjør ca. 6-8000 mennesker i Norge. Sykdommen debuterer for de fleste mellom 50-70 år alder (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010), men kan i sjeldne tilfeller også ses i 20-årsalderen. Det er ingen forskjell i forekomsten blant menn og kvinner (Bertelsen, 2012). Ca. 1 % av befolkningen i Norge har Parkinsons sykdom og av disse er ca. 5% på sykehjem (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2012). Det er ingen sikre forskjeller mellom ulike etniske folkegrupper (Herolfson & Kirkevold, 2010).

Årsaken til Parkinson er ikke kjent (Dansk Sygeplejeråd, 2000), men det er basalgangliene i hjernen som rammes, spesielt substantia nigra. Cellene i dette området produserer neurotransmitteren dopamin (Herolfson & Kirkevold, 2010). Basalgangliene er viktige i kontroll av motoriske funksjoner, sykdom som affiserer dette området fører til svekket motorisk kontroll. Dopamin er viktig for overføringen av bestemte signaler mellom hjerneceller i basalgangliene som regulerer hvilke bevegelsessignaler som kommer fra hjernebarken til muskelcellene via regulering av thalamus (Bertelsen, 2012). Dette vil gi en rekke symptomer, både motoriske og ikke – motoriske (Herolfson & Kirkevold, 2010).

Ved Parkinson sykdom har det tradisjonelt vært fokusert på motoriske symptomer. Symptomene starter oftest i en kroppshalvdel og vil føre til stadig økende funksjonssvikt (Herolfson & Kirkevold, 2010).

- *Tremor*: Skjelving som kan opphøre kortvarig om pasienten utfører viljestyrte bevegelser (Karoliussen, 2000a). Typisk er langsom tremor i hånden (Bertelsen, 2012).
- *Rigiditet*: Stivhet først og fremst i ekstremiteter, kan også forekomme i overkroppen. Stivheten begynner oftest i en muskelgruppe, ofte halvsidig. Rigiditeten vil etter hvert bli utbredt i alle muskler (Karoliussen, 2000a).
- *Akinesi*: Mangel på spontan bevegelse. *Bradykinesi*: Abnormal senhet (Karoliussen, 2000a). Symptomene fører til at pasientene har vansker med å starte og gjennomføre viljestyrte bevegelser (Bertelsen, 2012). Man kan også se et mimikkfattig ansikt og et masketivt uttrykk, stirrende blikk og sjelden blinking (Karoliussen, 2000a).

I tillegg til de motoriske symptomene har pasienter med Parkinson sykdom en rekke ikke – motoriske symptomer som også i stor grad kan ha negativ effekt på pasientens funksjonsnivå og livskvalitet (Herolfson & Kirkevold, 2010). Depresjon viser seg blant annet som et av de viktigste momentene ved redusert livskvalitet hos denne pasientgruppen (Årslund & Figved, 2004). 40% av pasientene lider av lettere depressive symptomer, alvorlig depresjon forekommer hos 5 – 10% av pasientene. I tillegg opplever mange at tankeprosesser tar lengre tid, 15 – 20% får mer uttalte problemer. Søvnproblemer viser seg blant 70 – 80% av pasientene og ses i særlig stor grad hos pasienter med depresjon og angst. For de fleste vil dårlig søvnkvalitet føre til en markant økning av Parkinson-symptomene. Utmattelse forekommer når som helst i sykdomsforløpet, og viser seg spesielt hyppig hos pasienter som i tillegg har depresjon og søvnvansker. Pasientene kan også oppleve svelgeproblemer, taleproblemer og sikling noe som kan føre til mangelfull ernæring, dehydrering og vekttap (Herolfson & Kirkevold, 2010). Obstipasjon et vanlig problem og forsterkes blant annet av lavt væskeinntak (Karoliussen, 2000a).

Undersøkelser gjort av Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (2012) viser at pasienter og pårørende møter ulik kompetanse om Parkinson sykdom, da spesielt på sykehjem (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2012). I følge Helsedirektoratet (2013) har helsepersonell en plikt til å følge opp forhold rundt pasienters sykdomsbilde, da blant annet ernæringsmessige problemer som ofte kan være en følgetilstand ved sykdom. Oppfølging av pasienter innebærer å vurdere sykdomstilstanden og foreslå nødvendige tiltak. Valg av tiltak eller behandlingsform må vurderes i den grad pasienten evner å følge opp råd og veiledning ved blant annet ernæringsmessige forhold (Helsedirektoratet, 2013). Undersøkelsen «Mat og måltider på sykehjem» viser at 80% av deltakerne mener personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid. Det er behov for kunnskap om kostholdsbefalinger og beregning av ernæringsbehov til eldre og syke, i tillegg til tiltak overfor pasienter som spiser lite og har svelgeproblemer (Aagard, 2010).

Ernæringsproblemer og vekttap har vist seg å være vanlig hos pasienter med Parkinson sykdom (Herolfson & Kirkevold, 2010). I følge Norges Parkinsonforbund (2001) skyldes dette blant annet økt muskelarbeid på grunn av muskelstivhet, skjelvinger og andre ufrivillige bevegelser (Norges Parkinsonforbund, 2001). Skjelving og ufrivillige bevegelser øker energibehovet, samtidig som rigide muskler og symptomer fra det autonome nervesystemet kan gi tygge og svelgeproblemer (dysfagi) (Herolfson & Kirkevold, 2010). Dysfagi kan føre til at maten tar feil vei i luftveiene og det kan forekomme aspirasjon av mat og drikke (Westergren, 2003c). Mange pasienter føler at disse problemene et hinder for et godt sosialt liv (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2012), og kan være med på å gjøre dem sosialt isolerte, gi dårligere livskvalitet og selvbilde (Herolfson & Kirkevold, 2010). For pasientgruppen er det heller ikke uvanlig at det blir forstyrrelser i kroppens væskebalanse og det kan oppstå ernæringsproblemer som fører til avmagring og underernæring (Bache, 1999).

Måltidsituasjoner gir ofte problemer for pasientene (Dansk sygeplejeråd, 2000), blant annet fordi skjelvingene og de ufrivillige bevegelsene gjør at pasienten lett søler under måltidene (Herolfson & Kirkevold, 2010). De bruker lang tid på å skjære opp maten og føre den til munnen, og på grunn av langsom tygging og svelgeproblemer blir de lett slitne og gir opp å spise før de har fått i seg tilstrekkelig med næring. Kaloriinntaket blir redusert (Norges Parkinsonforbund, 2001) og dette vil øke faren for ernæringssvikt (Herolfson & Kirkevold, 2010). Pasienten mister i noen tilfeller motet og blir flau over sin senhet og lite delikate spisemåte (Karoliussen, 2000a). Håndteringen av mat på tallerkenen, forflytningen og bearbeidingen av maten i munnen i tillegg til svelgprosessen krever stor konsentrasjon da dette må utføres viljestyrt (Sidenvall, 2003). Et variert kosthold er viktig da symptomer og problemer fører til at pasientene i perioder er småspiste (Dansk sygeplejeråd, 2000). I tillegg vil opplevelsen av lukt og smak bli nedsatt og depresjon kan påvirke motivasjonen til å spise (Westergren, 2003d).

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å finne ut hvordan sykepleiere kan legge til rette for tilfredsstillende ernæring og en god måltidsopplevelse for pasienter med Parkinson sykdom på sykehjem.

1.3 Sykepleierelevans og teori

For å belyse litteraturstudien på best mulig måte og samtidig ha den relevant for sykepleie vil det i resultatet bli fokusert på pasientperspektivet. I diskusjonsdelen vil resultatet diskuteres opp mot sykepleieperspektivet og relevant teori i tillegg til Florence Nightingales sykepleieteori.

Florence Nightingale så på sykepleien som tilrettelegging for mennesket og god sykepleie innebar å være en medhjelper i egen-restitusjonsarbeidet. Hun mente at sykdom var en uorden som skulle bringes i orden og at det var sykepleierens oppgave å legge til rette for dette. For å kunne bidra til gjenvinning av pasientens helse og mestring mente Nightingale at sykepleiere må kunne forstå og ha innsikt i den sykes situasjon (Nordtvedt, 2008).

Florence Nightingale var en av de første sykepleieteoretikerne som mente ernæring var et av sykepleierens kunnskapsområder og at det var sammenheng mellom pasientens dårlige ernæringsstatus og manglende oppmerksomhet blant sykepleierne. Hun knyttet derfor kosthold, tilheling, sykdom og sykepleie opp mot hverandre (Sortland, 2015). Nightingale oppdaget ofte at pasientene ble gitt feil mat med uriktig konsistens og at den ble gitt på feil måte. Pasienter som ble gitt mat de ikke spiste ble utmattet på grunn av mangel på næring. Hun anså tidspunkt for hyppighet av måltidene som viktig. Sykepleiere hadde som oppgave å observere og rapportere når på døgnet pasienten hadde best matlyst, hvilken type kost og hvilken mengde pasienten orket å spise (Nightingale, 1997).

«Den som setter pasientens mat ved siden av han og håper at han vil spise etter hvert, forhindrer ganske så enkelt at han får i seg mat i det hele tatt (...) Hvis sykepleieren er en intelligent person, og ikke bare en tallerkenbærer i fast rute til og fra pasienten, så bør denne personen bruke sin intelligens også i denne forbindelse» (Sortland, 2015, s.13).

2 METODE

En metode er en fremgangsmåte som hjelper forfatteren å løse problemer og som forteller hvordan man kommer frem til ny kunnskap (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie

Studiet blir utført som en allmenn litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) går dette ut på å analysere utvalgte artikler som beskriver en hensikt. Artiklene må kvalitetssikres ved at de utfyller ulike kriterier. Har artiklene en konkret hensikt, er metode og resultat grundig beskrevet, er det forsket på en stor nok gruppe og finnes det flere studier med samme resultat.

For å besvare problemstillingen i litteraturstudien er det brukt 13 forskningsartikler som er funnet på de internasjonale databasene Medline og Cinahl, i tillegg til håndsøk. Pensumbøker og andre litteraturbøker i tillegg til nett-søk har blitt brukt for å diskutere resultater som belyser hensikten.

2.2 Etiske overveielser

I følge Polit & Beck (2012) skal studier som involverer mennesker overveie flere etiske hensyn. Det skal bli tatt hensyn til personvern og man skal sikre troverdighet og beskyttelse av forskningsresultatene. Deltagerne har rett til å velge om de vil delta og de har rett til å trekke seg fra studien når de måtte ønske (Dalland, 2012; Polit & Beck, 2012).

For å sikre troverdighet og beskyttelse av forskningsresultater må man være tro mot kilder og funn. Dette innebærer å ikke forfalske eller plagiere andres funn, arbeid eller ideer (Polit & Beck, 2012). I litteraturstudien er det blitt tatt hensyn til å være tro med referering, i tillegg til å presentere en sannferdig og god presentasjon av andre sine funn.

Forskning som er godkjent av etisk komité har ivarettatt de kravene som stilles for ivareta menneskers personvern (Dallan, 2012) De fleste av de inkluderte forskningsartiklene er overveid eller godkjent av etisk komité, men det er noen unntak da disse ikke oppgir informasjon om dette. Forskningen ble allikevel inkludert, da deltakerne var anonyme og studiene belyste hensikten i litteraturstudien.

2.3 Litteratursøk

Medline og Cinahl er databaser som ble anvendt for å finne sykepleiefaglig forskning til litteraturstudien. Databasene ble anvendt i tidsperioden Mars/April.

For å besvare hensikten i litteraturstudien ble det søkt på relevante søkeord: «*Parkinson Disease*», «*Nutritional status*», «*Nutritional disorders*», «*Nutrition problems*», «*Dysphagia*», «*Deglution disorders*», «*Malnutrition*», «*Body weight*», «*Food supply*», «*Nutritional care*», «*Undernourished*», «*Quality of life*», «*Nutritional assessment*», «*Nutrition therapy*», «*Nutrition process*», «*Nutrition*», «*Weight loss*», «*Nursing homes*», «*Eating*», «*Food services*», «*Daily living*».

Søkeord med like betydninger ble kombinert med OR for å få et bredere søk, de ble også kombinert på ulike måter for å finne relevante søk.

Det ble også gjort «håndsök» for å finne relevante artikler som kunne inkluderes i studien.

Forskningsartiklenes litteraturliste ble derfor gjennomgått. Forskning med titler som var i samsvar med litteraturstudiens hensikt eller tema ble søkt opp i database der søkefunksjonen «title» eller «author» ble benyttet. Det ble funnet tre inkluderte artikkel på denne måten.

Tabell 1: Eksempel på søkestrategi.

Database og dato	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 04.04.16	Ingen	Parkinson Disease AND Dysphagia <i>Or</i> Deglution disorders AND Food supply <i>Or</i>	12	12	6	4	1

		Malnutrition <i>Or</i> Body weight <i>Or</i> Nutrition disorders <i>Or</i> Nutritional status					
--	--	---	--	--	--	--	--

Utvalg 1: Lest artikkelens tittel

Utvalg 2: Lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen valgt for gransking og vurdering

Full oversikt over søkestrategier, ligger i vedlegg 1: Tabell over søkestrategier

2.4 Inklusjon - og eksklusjonskriterier

For å hindre at man drukner i litteratur må man begrense søk. I søket etter forskning og for resultatet i studien er det derfor viktig at man har inklusjon – og eksklusjonskriterier (Dalland, 2012).

Litteraturstudien vil i hovedsak ta utgangspunkt i eldre pasienter over 65 år, uavhengig av kjønn, med Parkinson sykdom. Pasientgruppen klarer seg i hovedsak selv i måltidsituasjoner med noe tilrettelegging og bistand. Det blir valgt å utelukke pårørende selv om disse kan anses som en ressurs. Parkinson pasienter med demens vil også bli utelukket fra oppgaven da tilrettelegging og måltidsituasjonen vil være annerledes for denne pasientgruppen. Det blir også valgt å utelukke medikamenter i forhold til diagnosen, da forfatter mener dette blir for omfattende i forhold til studiens omfang. For å være sikker på at artiklene er basert på relevant forskning, vil studier som er eldre enn ti år i hovedsak bli ekskludert, med rom for innvendinger om artikkelen anses som relevant.

Ut i fra inklusjons - og eksklusjonskriteriene ble det valgt ut 5 kvalitative og 8 kvantitative forskningsartikler. Polit og Beck (2012) beskriver kvantitative studier som en fordel ved sin objektivitet og i den kvalitative studien kan subjektiv forståelse føre til ulik vektlegging av de studier en sammenligner.

Tabell 2: Eksempel på inkluderte artikler

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design / Intervensjon/ Instrument/	Deltagere / bortfall	Hoved – resultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Barichella et al. (2008) Nutritional Neuroscience Italia	Å undersøke ernærings- status av pasienter med Parkinson sykdom ved bruk av MNA	Kvantitativ studie Spørreskjema og telefonsamtale	61 deltagere ved oppstart av studien, 37 menn og 24 kvinner. 35 deltagere ved neste oppmøte.	MNA viste at pasienter med risiko for under- ernæring økte fra 22,9 % til 34,3 % på tre år.	Relevant i forhold til studiens hensikt Forskningsetisk kvalitet er ikke beskrevet Få pasienter er med i studien

Vedlegg 2 inneholder full oversikt over inkluderte studier.

2.5 Innholdsanalyse

En innholdsanalyse er en prosess for å integrere og organisere materialet som er funnet i relevante tema. Dette gjennomføres ved å bryte ned data i mindre enheter, gi enhetene navn i forhold til innholdet som blir representert for så å gruppere dette materialet i like konsepter (Polit & Beck, 2012).

Utvalgte forskningsartikler ble gransket og vurdert. Relevante funn fra artiklenes resultat ble notert og gitt fargekoder. På denne måten ble det dannet subkategorier og hovedkategorier ble utarbeidet.

Eksempel fra analysetabell:

Subkategori	Kategori
Måltidsopplevelser og ernæringsstatus er forbundet med livskvalitet	Livskvalitet, måltidsopplevelse og mestring
Pasientene ønsker et meningsfullt og sosialt liv og å bli anerkjent som menneske	
Planlegging for å redusere stress	
Viktig å få beholde autonomi og selvstendighet ved måltid, da dette har positiv innvirkning på livskvalitet.	
Tilegnede mestringsstrategier i måltidsituasjoner	

Vedlegg 3 inneholder fullverdig analysetabell.

3 RESULTAT

Det ble gjennomført en innholdsanalyse av valgte artikler. Det kom frem følgende 3 kategorier

- Kartlegging av ernæringsstatus
- Matinntak og måltidsopplevelse
- Livskvalitet, måltidsopplevelse og mestring

3.1 Kartlegging av ernæringsstatus

Mellom 2004 og 2007 var det gjort en studie, der screeningmetoden Mini Nutritional Assessment (MNA) ble brukt for å avdekke underernæring blant pasienter med Parkinson sykdom. 37 menn og 24 kvinner mellom 65 og 87 år med et sykdomsforløp på 1 – 31 år var med i analysen. MNA avdekte at 22,9% var i risikozonen for underernæring. Ved neste analyse 3 år senere, med frafall, hadde BMI til pasientene gått fra 24,9 til 24. MNA viste å ha hatt en økning fra 22,9% til 34,3% blant pasientene i 2007. Ved bruk av MNA kom det frem at antallet måltid, inntak av fast og flytende føde og selvforsyning ved måltid hadde blitt redusert. Dette viste at matvaner førte til at ernæringsstatusen ble forverret gjennom sykdomsforløpet. Det viste seg også at alder ikke hadde innvirkning på ernæringsstatusen, men at graden av symptomer gjennom sykdomsforløpet, hadde en ernæringsmessig innvirkning (Barichella, Villa, Massarotto, Cordara, Marczewska, Vairo, Baldo, Mauri, Savardi & Pezzoli, 2008).

I en annen studie ble det gjort en statistisk analyse. Flere personer med Parkinson sykdom rapporterte vekttap, og et større vekttap enn kontrollobjektene. 61 % rapporterte minst 2,3 kg vekttap siden de fikk diagnosen. Det ble foretatt kartlegging av kroppsmasseindex (KMI), Triceps skinnfoldtykkelse (TSF), overarmstykkelser (MAMAC) i tillegg til prosent av kroppsfett (BF) blant pasientene og kontrollobjektene. Det kom frem at personene med Parkinson sykdom, hadde betydelig lavere KMI, TSF, MAMAC, BF enn de friske kontrollobjektene. Vektforandringer som var rapportert av pasientene var relatert til stadiet av sykdommen, der de som hadde kommet lenger i sykdomsutviklingen hadde et større vekttap. Blant pasientene rapporterte 19 av personene vekttap og assosierte vekttapet med medikamenter som inkluderte forskjellige bivirkninger. Dårlig appetitt, endringer i smak og luktesans, kvalme, oppkast etter matinntak og lav-protein diett var nevnt. 8 pasienter knyttet vekttapet opp mot depresjon og «stress» ved å ha fått diagnosen Parkinson

sykdom. Andre rapporterte blant annet metthetsfølelse, at det tok lang tid å spise måltider i tillegg til nervøsitet på grunn av diagnosen (Beyer, Palarino, Michalek, Busenbark & Koller, 1995).

I en studie ble pasientenes ernæringsstatus analysert for å avdekke om dysfagi viste seg som en kritisk faktor i forekomsten av underernæring av pasienter med Parkinson sykdom. Det ble målt BMI i tillegg til omkrets av overarm og hudfold. Det ble også foretatt måling for å avdekke svelgefunksjon. Det kom frem at det er en sterk sammenheng mellom styrken og varigheten av sykdommen og alvorlighetsgraden av dysfagi (Coates & Bakheit, 1997). I tillegg viste det seg at bevegelighet, spisevansker og motoriske symptom økte hos Parkinson-pasienter med vekttap. Det viste seg også i denne artikkelen at pasientene med vekttap hadde høyere forekomst av dysfagi enn kontrollgruppen uten vekttap. Pasientene konsumerte en mindre mengde mat av ulik konsistens det første året, og mindre mengde mat uavhengig av konsistens det andre året sammenlignet med de uten vekttap. De spiste mindre frukt, grønnsaker, kjøtt som pålegg og drakk færre drikker uten energi. De konsumerte mer kaker og boller sammenlignet med kontrollgruppen. Studien viste også til fire avgjørende momenter for vekttap hos Parkinson-pasientene: spisevansker relatert til «Activities of Daily Life» (ADL), inntak av myk mat, kjønn og alder. Kvinner med spisevansker som inkluderte svelging, spyttproduksjon og kutting av mat var spesielt disponert for vekttap (Lorefält, Granérus & Unosson, 2005).

3.2 Matinntak og måltidsopplevelse

Det viste seg at det kunne være både fysiske og psykososiale forhold som hadde en innvirkning på måltidsopplevelsen og matinntaket for personer med Parkinson Sykdom. Fysiske endringer kunne oppleves som munn og strupeendringer, manuelle endringer og fatigue (Miller, Noble, Jones, & Burn, 2006). Evnen til å lukte hadde gradvis forverret seg for alle kvinnene i studien, for noen kunne denne evnen variere. På grunn av dette hadde flere av kvinnene dårligere appetitt og smakssans. En av kvinnene sa at siden hun ikke kjente lukten, tok dette bort den gode effekten av smaken på enkelte matvarer (Andersson & Sidenvall, 2001).

Psykososiale forhold viste seg som endrede matvaner, følelse av stigma, behov for sosiale forandringer og omsorg. Mange av disse problemene kunne til sammen forringe sosiale vaner rundt måltid og det å spise sammen med andre. For mange kunne det oppleves som en byrde for personlig og sosial glede å bli sittende igjen ved bordet lenge etter de andre hadde blitt ferdig med måltidet og at maten har rullet å bli kald i mellomtiden. *«Noen ganger har jeg steik på fatet, han har spist opp*

sin og rukket å vaske opp, jeg har ikke kommet halvveis en gang, jeg gir opp og lar det bare ligge» (Miller, et al., 2006).

Personer med Parkinson sykdom unngikk å ha lunsj og middag sammen med andre personer på grunn av problemer med å spise uten å «rote og grise». Dette skapte en reduksjon i det sosiale livet ved at de ikke møtte familie og venner i samme omfang som tidligere. Mange av vanene deres ble endret, mye på grunn av at alt krevde lenger tid å forberede. Måltidene tok lenger tid og det krevdes ofte spesialtilpasset mat som var lett å spise (Wressle, Engstrand & Granérus, 2007). Det viste seg også at noen kvinner ikke ville spise sammen med andre. De beskrev problemer med langsom spising, nye spiseteknikker, slev som rant fra munnviken. En av løsningene var å ta små porsjoner for å unngå ydmykelse (Gustafsson, Andersson, Andersson, Fjellström, & Sidenvall, 2003).

Å hankses med spytt var en faktor som kunne føre til en følelse av stigma, ved å stadig måtte tørke seg rundt munnen og ha et lommetørkle klart. Dette var et element som virket inn på det psykososiale livet. En pårørende fortalte at mannen ikke ville møte andre mennesker når han spiste, fordi han siklet (Miller, et.al., 2006).

Mennesker med dysfagi viste seg å være emosjonelt sårbare og usikre, de hadde mindre selvtillit og mindre sosial kontakt med andre og en tendens til å isolere seg. Måltidene ble opplevd som vanskelig og de hadde ikke lenger glede av å spise på grunn av svelgsymptomer, hoste, tap av appetitt og manglende syrerregulering (Farri, Accornero & Burdese, 2007). I en studie kom det frem at 84% av pasientene mente at mat skulle være en hyggelig opplevelse, men bare 45% følte det på denne måten. Så mange som 36% unngikk å spise sammen med andre (Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge–Hannig, & Ortega, 2002). Det kom frem at pasienter unngikk å spise sammen med andre, unntatt egen familie. De sluttet å spise ute da de følte seg flau, følte angst eller panikk (Farri, et.al., 2007). Måltidene tok ofte lang tid, på grunn av den reduserte hastigheten og styrken av tyggingen, problemer med å manipulere bolusen og vanskeligheter med å svelge. *«Jeg kan tygge, men jeg må tygge så lenge (...) når jeg kommer til slutten er jeg nesten dårlig»*. Noen hadde en endret følelse i munnen, og en påfølgende endring i matopplevelsen (Miller, et.al., 2006). Tyggeproblematikk oppsto ofte ved kjøtt, frukt og grønnsaker. Tygge salat var veldig vanskelig (Andersson & Sidenvall, 2001). I en studie viste det seg at over 50% av pasientene spiste mindre på grunn av ubehag. En tredjedel av pasientene hevdet at de fortsatt var sultne eller tørste etter måltidene. 44% hadde også opplevd vekttap i løpet av de 10 siste månedene (Ekberg, et.al, 2002).

Pasienter med dysfagi opplevde symptomene forskjellig. Noen opplevde et mildt ubehag, andre var ikke i stand til å spise fast føde på en komfortabel måte. De følte at maten satt seg fast i munnen eller at de hadde kvelningsfølelse. 55% av pasientene mente at svelgfunksjonen hadde en

innvirkning på spisevanene deres, enkelte matvarer var vanskelig å spise med mindre konsistensen var endret. 4 av 10 personer opplevde angst og panikk ved måltid på grunn av at mat festet seg i munnen (Ekberg, et.al, 2002). Mange følte en frykt for å kveles på bakgrunn av svelgeproblematikk, som igjen skapte en frykt for måltid. «*Det er fryktelig, man må bestille mat man vet at man ikke kommer til å kveles av*» «*Jeg føler at halsen er stram, som om det er noe der jeg ikke klarer å bevege*» «*Vi går ikke ut og spiser lenger, jeg er alltid redd for å kveles*» Å svelge medikamenter viste seg også å kunne skape utfordringer (Miller, et.al., 2006).

Fysiske symptomer som styrken i armer og hender, muligheten til å spise og drikke på grunn av tremor og dyskinesi hadde en innvirkning på måltidsituasjoner (Miller, et.al., 2006). Skjelvende hender gjorde det vanskelig å koordinere bestikket på tallerkenen og få maten på bestikket. Maten falt ofte ned når den ble ført til munnen (Andersson & Sidenvall, 2001). «*Når jeg løfter opp koppen min nå, søler jeg mer enn jeg drikker*» «*Er det noe som må deles opp med kniv, må jeg bare la det ligge*» «*Om jeg skjeller mye og prøver å få noe på gaffelen eller skeia, ender det bare opp på gulvet*» (Miller, et.al., 2006).

3.3 Livskvalitet, måltidsopplevelse og mestring

Måltidsopplevelser er assosiert med livskvalitet (Carrier, West & Ouellet, 2009). Livskvalitet viste seg å være forbundet med ernæringsstatus. Dårlig ernæringsstatus førte til dårligere livskvalitet og omvendt (Sheard, Ash, Mellick, Silburn & Kerr, 2014). Å få beholde autonomi og selvstendighet ved måltid viste seg å ha en positiv innvirkning på livskvaliteten til pasientene (Carrier, et.al., 2009). Det viste seg også at for de som var avhengige av hjelp, var det viktig at de beholdt autonomien sin. «*Såklart savner jeg å ikke kunne gjøre hva jeg vil. Jeg er avhengig av andre. Det er vanskelig å være avhengig av andre*» (Gustafsson, et.al., 2003). Å være pasient betydde å måtte bli konfrontert med å ha Parkinson sykdom hver time og hver dag. Disse påminnelsene handlet om små og tilsynelatende uviktige hverdagslige problemer, som kunne bli store og viktige, som det å kunne spise et måltid. Parkinson sykdom opplevdes som uforutsigbar og som en konsekvens av dette, manglet pasientene ofte selvtillit. «*Ett øyeblikk kan man gjøre noe, det neste øyeblikket kan man ikke gjøre det lenger*» (Dauwerse, Hendrikx, Schipper, Struiksmā & Abma, 2014).

En studie viste at det å ha muligheten til å påvirke og ha kontroll over sitt eget liv var viktig. Endringer førte til ulike spenninger i livskvalitet, som tap av involvering, selvstendighet og autonomi.

Pasientene ville ha et meningsfullt sosialt liv, de ville bli respektert og bruke evnene de fortsatt hadde. Det handlet om å bli anerkjent som menneske. For pasientene betydde god omsorg å

redusere de ulempene Parkinson sykdom førte med seg. God pleie viste seg å kreve empati, samt å informere og forhandle med pasienten i tillegg til tverrfaglig tilnærming. Kompetanse innen lytting var også svært viktig for pasientene (Dauwerse, et.al., 2014).

En kvinne fortalte at hun ikke taklet stress og hun måtte derfor være klar i god tid. Planlegging var viktig for å redusere følelser av stress. Om hun ble stresset låste alt seg, ingenting virket. Noen pasienter valgte å tilpasse seg ved å unngå store grupper av mennesker. Å møte familie ble gjort under andre omstendigheter enn før, som å drikke kaffe i stedet for å spise middag. Ved å spørre pasienter og pårørende om hvordan de taklet situasjonen kunne helsepersonell bygge på disse strategiene. Bruken av tverrfaglige team kunne også gi muligheter for å tilegne seg et holistisk syn med respekt for den enkelte pasient sine behov. Det viste seg å være viktig å bli sett, hørt og respektert (Wressle, et.al., 2007).

Mangel på energi viste seg å være et viktig symptom ved Parkinson sykdom, dette hadde stor konsekvens for livskvaliteten til pasientene. Mangelen på energi kunne ha en innvirkning på aktiviteter som blant annet måltid (Dauwerse, et.al., 2014). Personer ble spurt om hvordan de behersket endringer i forhold til sykdommen og måltidsituasjoner. Det var flere strategier, både selvlærte og etter råd fra andre. Modifisert bestikk, kopper og fat, mindre slurker, mindre biter, mose eller gjøre maten flytende på forhånd, unngå enkelte mattyper i tillegg til å ta seg god tid var noen strategier (Miller, et.al., 2006).

«Jeg vil klare meg selv, selv om jeg skjelver noen ganger, det varierer, noen ganger skjelver jeg mye andre ganger mindre» (Andersson & Sidenvall, 2001).

Motoriske problemer ble løst ved å bruke bare gaffel eller skei til måltidene. Skjelving, svakhet og hender som ikke fulgte med gjorde også drikking vanskelig. En kopp med håndtak eller et stort glass var enklest. Noen brukte begge hendene, andre brukte den friske hånden. Å være sliten eller nervøs gjorde skjelvingen verre. To av kvinnene tok små porsjoner når de spiste sammen med andre, fordi de spiste sakte og ble stresset dersom andre måtte vente på dem (Andersson & Sidenvall 2001; Gustafsson, et.al., 2003). Noen kvinner hadde funnet mestringsstrategier for å kunne spise selvstendig, blant annet ble det å kutte opp alt først for så å spise med en hånd en strategi som ble benyttet. En kvinne rapporterte at denne metoden var lettere for håndleddet og de kunne bli brukt når man ikke var sammen med andre mennesker. En annen kvinne brukte den hånden som hadde minst uttalt tremor, selv om det var feil hånd. Kvinnen som hadde tremor beskrev at det var viktig å få spise selv, i stedet for å måtte bli matet av andre (Gustafsson, et.al., 2003).

59% av pasientene med dysfagi tilpasset seg andre matvaner for å lette sykdommen, dette gjorde de ved å spise og svelge saktere, ta super av vann mellom bitene av mat og tygge maten lenger før de svelget (Ekberg, et.al, 2002). En kvinne rapporterte svelgeproblemer når hun hadde hastverk, men om hun tygde skikkelig og spiste sakte gikk dette bra (Andersson & Sidenvall, 2001). Å unngå enkelte matvaregrupper, eller forberede mat på en annen måte kunne lette forholdene rundt svelging (Miller, et.al., 2006).

Selv om mestringsstrategier kunne hjelpe på matinntak, lettet det ikke alltid psykososiale forhold rundt måltidsituasjoner. Mangel på måltids glede på grunn av senhet, endret diett og avhengigheten av andre for å skjære opp mat, kunne føre til en følelse av sorg for enkelte. En av personene som ble intervjuet mente han snakket for mange når han nevnte følelsen av å være egosentrisk, følelse av skam og det å være en byrde ved å skape avbrudd i familiens måltid (Miller, et.al., 2006).

Selv om noen så utfordringer i måltidsopplevelsen, gjaldt det ikke alle. Noen behersket forandringene ved å gjøre justeringer i hva, hvordan og når de spiste og drakk, og følte at de kunne opprettholde måltids glede til tross for utfordringene. De tilegnet seg en egnet sittestilling som gjorde det lettere å svelge, spiste lite og ofte slik at de kunne opprettholde måltider sammen med familien. Det at de følte at de brukte like lang tid som de andre ved måltidene gjorde situasjonen lettere og de ble mer fornøyde (Miller, et.al., 2006).

4 DISKUSJON

4.1 Resultatdiskusjon

Studiens hensikt dreier seg om hvordan sykepleiere kan legge til rette for tilfredsstillende ernæring og en god måltidsopplevelse for pasienter med Parkinson sykdom på sykehjem.

I diskusjonsdelen av litteraturstudien skal funn fra resultatdelen bli drøftet opp mot pensum, teorier og annen litteratur for å belyse studiens hensikt. Florence Nightingales sykepleieteori vil bli benyttet i resultatdiskusjonen. Kategoriene som har blitt presentert i resultatet vil bli drøftet hver for seg.

4.1.1 Kartlegging av ernæringsstatus

Ernæringsstatusen til pasienter skal kartlegges, vurderes, følges opp og dokumenteres (Helsedirektoratet, 2012), på denne måten kan de få den ernæring og behandling de har behov for. Det finnes en rekke metoder som kan brukes for å måle ernæringsstatus (Sortland, 2015), blant annet NRS 2002, MUST og MNA (Thoresen, 2012).

Resultatet viser at det blant annet er screeningverktøyet Mini Nutritional Assessment (MNA) som er brukt for å avdekke underernæring hos pasienter med Parkinson sykdom. I følge Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lüth (2013) er MNA ett nyttig instrument for å identifisere underernæring og det er et ofte anvendt og valid instrument ved screening av eldre personers ernæringssituasjon (Rognstad, et al., 2013). MNA bygger på 18 spørsmål, blant disse er 2 spørsmål rettet mot brukerens/pasientens egen oppfatning (Söderhamn, 2010). I følge Helsedirektoratet (2012) er screening av ernæringsmessig risiko en systematisk leting etter personer med redusert ernæringsstatus for å kunne iverksette tilpassete ernæringstiltak. Bruk av enkle antropometriske mål som vekt og KMI uten vurdering av vektutvikling og/eller matinntak, vil ikke kunne fange opp alle som har nytte av ernæringsmessig behandling.

Resultatet viser at flere pasienter med Parkinson sykdom er i risikozonen for underernæring, i tillegg til at de har risiko for fallende KMI. De hadde en betydelig lavere KMI, TSF, MAMAC og BF enn friske kontrollobjekter. Herolfson & Kirkevold (2012) viser til at vekttap og ernæringsproblemer er vanlig hos pasienter med Parkinson sykdom, tillegg skriver Helsedirektoratet (2012) at underernæring ofte

utvikler seg på grunn av at problemer ikke blir identifisert (Helsedirektoratet, 2012). Dette belyser viktigheten av screening og kartlegging av pasientenes ernæringsstatus som igjen forutsetter kunnskaper hos helsepersonell og mellom involverte faggrupper (Söderhamn, 2010). En full evaluering av ernæringsstatus omfatter evaluering av matinntak, biokjemiske data, antropometriske data, klinisk status og psykososiale data, og krever ofte et samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog (Sjøen & Thoresen, 2012).

Resultatet viser at ernæringsstatusen forverres gjennom sykdomsforløpet. Pasientene med lengst sykdomsforløp har størst vekttap, noe som blir knyttet opp mot symptomutvikling. I tillegg vises en sterk sammenheng mellom styrken og varigheten av sykdommen, alvorlighetsgraden av dysfagi og vekttap. Herolfson & Kirkevold (2010) skriver at symptomene ved Parkinson sykdom vil føre til stadig økende funksjonssvikt hos de fleste pasientene (Herolfson & Kirkevold, 2010). Muskelstivhet, skjelvinger og andre ufrivillige bevegelser øker muskelarbeidet (Norges Parkinsonforbund, 2001) og kan øke risikoen for ernæringssvikt (Herolfson & Kirkevold, 2010). Det er heller ikke uvanlig at kaloriinntaket hos pasientgruppen blir redusert, da de kan bli slitne av å tygge og svelge (Norges Parkinsonforbund, 2001). I følge Nightingale (1997) må sykepleiere være observante for å kunne legge merke til blant annet økende svekkelse hos pasientene. Observasjon er det viktigste en sykepleier kan lære, for å redde liv, styrke helse og komfort. Sykepleieren må vite hva som skal observeres og hvordan det skal bli observert. Ved god observasjonskompetanse kan man kartlegge hvilke symptomer som tyder på bedring, og hvilke som eventuelt peker på det motsatte. På denne måten vil man kunne rapportere videre og sette i gang tiltak i forhold til problemet. Herolfson & Kirkevold (2010) skriver at det er viktig å kartlegge om pasienten selv har oppdaget noe som kan forverre eller forbedre situasjonen.

Resultatet viser at bevegelighet, spisevansker og motoriske symptom vil øke hos Parkinson-pasienter ved vekttap. I følge Herolfson og Kirkevold (2010) er det viktig at pasientens vekt og eventuelle andre mål på ernæringstilstanden følges nøye. Sykehjemspasienter bør veies hver måned, og hos særlig utsatte pasienter kan det være behov for ukentlige veiinger (Brodtkorb, 2010). Ved gjentatte målinger vil man kunne oppdage endringer i kroppsvekten (Sortland, 2015). Hos pasienter på institusjon bør man i tillegg se på underhuds fett på brystet og overarmen, og vurdere muskeltap på lårmuskel og overarm. Ernæringsmangler vil vise seg på blant annet hud, lepper og tunge (Sjøen & Thoresen, 2012).

Resultatet viste av vekttap var relatert til ulike problematikk, blant annet dårlig appetitt, endringer i smak og luktesans, kvalme og følelse av metthet. Det kom også frem at endringer i ernæringsstatusen hadde en sammenheng med matvaner. I følge Nightingale (1997) må sykepleiere

tenke over pasientens diett: hvor mye har pasienten spist, og hvor mye burde blitt spist. Sortland, K. (2015) viser til kostintervju og kostanamnese som en valid metode for å vurdere kosthold og ernæringsstatus. Dette er betraktet som et hjelpemiddel som kan vise sammenhenger mellom symptomer, underernæring og feilernæring. Kostintervjuet vil gi en oversikt over daglig kosthold og matvaner. Pasienten får spørsmål om spisevaner, appetitt, tyggeeve, svelgfunksjon, matmengde, antall måltider, spesielle ønsker og spesialkost (Sortland, 2015). Ved å innhente relevante opplysninger vil man kunne tilrettelegge måltid og planlegge målrettet ernæringsterapi (Helsedirektoratet, 2012).

Resultatet viser at pasienter med dysfagi hadde høyere forekomst av vekttap på grunn av endrede matvaner. Iggulden (2006) viser til at sykepleiere kan gjøre et betydelig bidrag for ernæringsinntaket til pasientene, ved gjennomføre en svelgevurdering. Kartleggingen av svelgfunksjonen er viktig, da svelgproblematikk kan forbindes med fare for aspirasjon og andre komplikasjoner dersom kartleggingen ikke blir gjennomført (Kirkevold, 2010). Ved å gjennomføre svelgevurdering vil man kunne identifisere pasientene som har risiko for dårlig ernæringsinntak (Iggulden, 2006). Ved moderate og alvorlige svelgevansker vil det i tillegg være aktuelt at en logoped vurderer svelgefunksjonen for å kunne gjøre en vurdering om tilpasset kost (Sjøen & Thoresen, 2012). Kostregistrering hos denne pasientgruppen vil være hensiktsmessig for å kunne kartlegge hva pasienten spiser og drikker i forhold til behovet. Kostregistreringen må gjøres nøyaktig, noe som innebærer at både type og mengde må registreres. Registreringen vil danne grunnlag for tilpassede tiltak, samtale om matvaner sammen med pasienten og dokumentere effekt av tiltak (Helsedirektoratet, 2012).

Resultatet viser at pasienter knyttet vekttapet opp mot depresjon, i tillegg til «stress» ved å ha fått diagnosen Parkinson sykdom. Sjøen, & Thoresen (2012) viser til at det er viktig å kartlegge de psykososiale faktorene, da det psykososiale også har betydning for ernæringsstatusen. I følge Herolfson & Kirkevold (2010) forekommer mentale og psykososiale symptomer hyppig hos pasienter med Parkinson sykdom og begrenser sosiale aktiviteter og reduserer livskvaliteten. Nightingale skrev at: «Syke mennesker lider både av sjelelig og kroppslig smerte» (Kirkevold, 2014, s.89). Det er derfor viktig at sykepleiere tilegner seg kunnskaper om pasientens situasjon og følelser rundt situasjonen (Herolfson & Kirkevold, 2010). For å kunne danne seg en korrekt oppfatning, innebærer dette blant annet å undersøke de forhold som pasienten lever under (Nightingale, 1997). Sykepleiere blir sett på som nøkkelpersoner for å kunne observere, vurdere og systematisk kartlegge pasientens psykososiale helse. Da det viser seg at selv om en tverrfaglig tilnærming ofte gir det beste resultatet, er det svært få avdelinger som har sykepleiere med spesialkompetanse innenfor Parkinson sykdom (Herolfson & Kirkevold, 2010).

Kartlegging av ernæringsmessig risiko danner grunnlaget for å kunne lage en ernæringsplan og sette i gang tiltak. Ernæringsplanen skal inneholde informasjon om pasientens ernæringsstatus, behov for energi og næringsstoffer, informasjon om matinntak og en oversikt over målrettede tiltak (Helsedirektoratet, 2012). Ernæringsplanen kan på et overordnet nivå inngå i en individuell plan, for å kunne sikre koordinering med annen behandling og oppfølging (Individuell plan, 2010). Hvilke tiltak som settes i gang er avhengig av ernæringsproblemet til pasienten, og planen skal evalueres regelmessig i forbindelse med veiing av pasienten (Helsedirektoratet, 2012).

4.1.2 Matinntak og måltidsopplevelse

Resultatet viser at pasienter med Parkinson sykdom unngår å spise sammen med andre på grunn av fysiske og psykososiale forhold, noe som forringer det sosiale livet. I følge Westergren (2003b) vil personer som har problemer med å spise kunne oppleve det som vanskelig å spise sammen med andre og på grunn av dette vil de kunne føle seg isolerte. De kan oppleve livet som meningsløst og være sint over situasjonen i tillegg til en følelse av redsel og skam relatert til måltidet. Å måtte ha hjelp til å spise kan virke ydmykende for enkelte (Westergren, 2003b). Hensyn til følelsesmessige reaksjoner på endringer som har funnet sted i ernærings situasjonen som følge av nevrologiske problemer er viktig (Iggulen, 2006). For at sykepleieren skal kunne tilegne seg kunnskap om pasientens situasjon, er samhandling mellom pasienten og sykepleieren avgjørende (Andersen, 2000). Florence Nightingale hevdet at man måtte forstå den sykes situasjon for å kunne bringe uorden i orden, noe som var sykepleierens oppgave. I tillegg hadde grunnleggende pleie som oppgave å rydde hemmende faktorer av veien (Nordtvedt, 2008). Ved å forstå den sykes situasjon kan sykepleiere legge et fundament for sykepleiefaglig vurdering av tiltak. Sykepleieren må derfor ha kunnskap både om verbal og nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2012). De må møte pasienten med respekt, engasjement og empati (Andersen, 2000) for å skape den trygghet og tillit den andre trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser (Eide & Eide, 2012). På denne måten kan man skape en relasjon, skape motivasjon og stimulere den andre til å bruke sine egne ressurser så godt som mulig (Eide & Eide, 2012). I samråd med pasienten kan det være hensiktsmessig at sykepleieren finner en spiseplass der pasienten føler seg bekvem (Herolfson & Kirkevold, 2010). For å sikre at pasienten får tilstrekkelig tid og ro uten å bli preget av omgivelsenes tempo kan man la pasienten sitte alene på stuen å spise (Dansk sykepleieråd, 2000). Samtidig viser Sortland (2015) at måltidet er viktig med tanke på å forhindre ensomhetsfølelse og forebygge trygghet, glede og tilhørighet. Hvem eldre spiser sammen med kan ha stor betydning for måltidsopplevelsen. En hyggelig atmosfære kan

skape velvære og øke appetitten. Dette stimulerer både fordøyelse og opptak av næringsstoffer (Sortland, 2015). Florence Nightingale viste til et «Sanitært aspekt» i sin filosofi, som var et av grunnlagene for god generell pleie. Dette innebar at man skulle sørge for frisk luft, lys, varme, renslighet, ro og korrekt utvelgelse og oppfølging av diett. Ved å tilrettelegge for disse rammefaktorene vil sykepleieren kunne skåne pasienten for unødvendige påkjenninger og understøtte krefter som potensielt var til stede hos den enkelte. Dette kunne også bidra til å skape en god dag og økt velvære (Nordtvedt, 2008).

Resultatet viser at motoriske symptomer har innvirkning på måltidsituasjoner og matinntak. Sidenvall (2003) viser til at bevegelser og tremor vil kunne forstyrre matinntaket hos pasienter med Parkinson sykdom (Sidenvall, 2003). I tillegg fører skjelving og ufrivillige bevegelser til økt energiforbruk, noe som fører til at energibehovet kan øke (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Stress vil kunne øke skjelvinger og burde unngås under måltidene (Karoliussen, 2000a). Et rolig miljø med lite stimuli og færre sosiale kontakter vil kunne lette måltidet for pasienten, da pasienten ikke vil ha behov for å slutte å tygge for å høre hva som blir sagt (Sidenvall, 2003). Et bra spisemiljø viser seg å kunne ha en positiv effekt på matinntaket hos eldre (Aasgaard & Bjerkheim, 2012). Det er viktig å tilrettelegge forholdene slik at pasienten mestrer måltidene på best mulig måte (Dansk sygeplejeråd, 2000).

Resultatet viser at pasienter med Parkinson sykdom har endrede matvaner, Blant annet på grunn av forringet appetitt som følge av endret smak og luktesans, tyggeproblematikk og behov for spesialtilpasset kost. I følge Helsedirektoratet (2012) har pasienter og beboere krav på tilpasset kost. Sykepleieren må engasjere seg og ha kunnskap om pasientens ernæring og eventuelle ernæringsproblemer. De må utføre nødvendige tiltak for å sikre tilstrekkelig inntak av energigivende næringsstoffer, som væske, vitaminer, mineraler og sporstoffer (Sortland, 2015). Sykepleiere må påse at pasienten har mulighet til å variere mat og drikke etter eget ønske, tilrettelegging for en individuell ernæringsplan i samarbeid med lege og/eller ernæringsfysiolog vil være hensiktsmessig (Sortland, 2015). Mat og drikke er en kilde til mange viktige næringsstoffer som har betydning både ved sykdom og rehabilitering (Sjøen & Thoresen, 2012). Det er vist at tilpasset kost gir høyere energi – og proteininntak, bedret symptomkontroll og livskvalitet. Det er derfor viktig at kosten på institusjoner har høy næringsverdi (Sortland, 2015). Det kan være enkle, lite ressurskrevende tiltak som skal til for å bedre matinntaket. Det kan blant annet være å eliminere eller lette hindringer for pasienten, mens det andre ganger trengs mer avansert ernæringsbehandling (Helsedirektoratet, 2012). I følge Norges Parkinsonforbund (2001) har pasienter med Parkinson sykdom behov for riktig, balansert og sunn mat i rett mengde. Helsedirektoratet (2012) viser til at det for mange er enklere å drikke enn å spise når matlysten er dårlig. Næringsdrikker kan derfor tilbys som supplement til

måltidene for å bedre ernæringsstatusen, minske risiko for komplikasjoner i tillegg til å bedre helsen til eldre underernærte (Helsedirektoratet, 2012). Pasienter med nedsatt appetitt anbefales små hyppige energirike og næringstette måltider (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010) og porsjoner som er appetittvekkende (Sjøen & Thoresen, 2012). For pasienter som spiser lite kan flere måltid være nødvendig for å få riktig næringsinntak i løpet av dagen, gjerne 6 – 8 ganger om dagen. Ingen burde ha lenger nattefaste enn 11 timer (Helsedirektoratet, 2012). Stubberud, Almås & Kondrup (2011) viser til at mange klarer seg bedre på egenhånd om de får mat som er lett å tygge. Finfordelt normal kost eller lettkost kan være et godt alternativ for pasienter som ikke klarer å tygge den vanlige maten (Stubberud, et al., 2011). Matens konsistens må avpasses individuelt ut ifra pasientens ressurser (Sortland, 2015).

Resultatet viser at pasienter med dysfagi er emosjonelt sårbare, usikre og har mindre selvtillit. På grunn av symptomene dysfagi fører med seg oppleves måltidene som vanskelige og de mister gleden av å spise. Iggulden (2006) viser til at psykologiske og emosjonelle faktorer kan spille inn på appetitt og forme en persons kosthold og holdninger til mat og drikke. I følge Bottoni-Bravo & Thomson (2008) er det viktig for sykepleiere å ha kunnskap om dysfagi for å kunne tilrettelegge for et godt måltid. Personer med nedsatt nevrologisk funksjon kan ha vanskeligheter med å svelge, noe som påvirker hvilke typer matvarer de kan spise (Iggulden, 2006). Det er viktig at pasientene får mat med riktig næringsinnhold og konsistens (Sjøen & Thoresen, 2012). Pasientene vil lettere kunne få kontroll over svelgeprosessen om de får mat med en konsistens som lar seg forme, geleringskost er et alternativ (Aasgaard og Bjerkheim, 2012). Geleringskosten skal ha en myk men fast konsistens, og skal ta utgangspunktet i samme næringsinnhold som nøkkelrådkost (Sortland, 2015). For å lette inntaket av tyntflytende væsker kan man blant annet bruke tykningsmiddel. Man må legge til rette måltidene så pasienten unngår å bli stresset da dette kan føre til at pasienten svelger vrangt (Bottoni-Bravo & Thomson, 2008). Problemene kan føre disse pasientene til sosial forlegenhet på grunn av for eksempel hoste eller sikling (Iggulden, 2006). Små slurker, små biter av mat og riktig sittestilling er viktig (Bottoni-Bravo & Thomson, 2008). Uriktig sittestilling kan få konsekvenser for måltidet, en fremoverbøyd sittestilling vil blant annet føre til at abdomen blir presset sammen og gir en tidlig metthetsfølelse (Sortland, 2015). I tillegg kan måltidsituasjonen bli farlig om pasienter med svelgeproblemer ikke har en god spisestilling, da maten kan havne i luftveiene. Pasientene burde derfor observeres under måltidsituasjonene på grunn av faren for aspirasjon (Sjøen & Thoresen, 2012). Som sykepleier må man kunne forholde seg til andre sine følelser og være åpen for å snakke om dette. Noe som kan gjøre det lettere å forstå pasienten, styrke en allianse og legge grunnlag for mer effektiv hjelp. Det kan også hjelpe den andre til å knytte følelser og tanker om egen situasjon sammen og skape grunnlag for blant annet mestring og motivasjon (Eide & Eide, 2012).

4.1.3 Livskvalitet, måltidsopplevelse og mestring

Resultatet viser at måltidsopplevelser og ernæringsstatus er forbundet med livskvalitet, og at pasientene ønsker et meningsfullt og sosialt liv i tillegg til å bli anerkjent som menneske. Et av sykepleierens ansvarsområder er å hjelpe med mat og drikke. I tillegg har de ansvar for å opprettholde en god atmosfære og et helsefremmende miljø fordi atmosfæren påvirker humøret, og er viktig for måltidsopplevelsen (Sortland, 2015). Florence Nightingale mente at god generell pleie blant annet innebar å sikre pasientene ren luft, rent vann, (skikkelig avløp), renslighet og lys i tillegg til en korrekt diett. Om disse forholdene ikke ble tatt alvorlig ville de skape forhold som hindret opprettholdelse av liv og helse. Det var sykepleiernes oppgave å fjerne alle faktorer i omgivelsene som kunne skape hindringer i både fysiske og psykososiale forhold (Kirkevold, 2014). Om pasienten har dårlig appetitt, er det mange faktorer som kan ha en innvirkning på dette (Sortland, 2015). Rammefaktorer som lyd, luft, lukt, lys og temperatur kan påvirke måltidsopplevelsen (Helsedirektoratet, 2012) og skjerpe appetitten (Sortland, 2015). Møbleringen er også viktig og det burde være en selvfølge at maten serveres etter god utlufting, og at det er rent og appetittlig (Helsedirektoratet, 2012). Noen pasienter opplever et godt måltid som det å spise sammen, samtalen rundt bordet kan bidra til en god atmosfære og det kan være en positiv avveksling i hverdagen. Noen mennesker ønsker av ulike grunner å spise alene (Sortland, 2015). Ved Parkinson sykdom kreves det konsentrasjon og ro (Westergren, 2003a), derfor bør blant annet sterke lyder som klirring fra dekketøy reduseres da dette kan virke forstyrrende på måltidet (Sortland, 2015). Distraherende samtaler bør unngås, da det ikke er uvanlig at personer med Parkinson sykdom må avbryte spisingen under samtaler, noe som vil kunne skape vanskeligheter med å komme i gang med måltidet igjen (Westergren, 2003d). Det kan også være følelsesmessige eller funksjonelle problemer som mangelfull tyggeeve eller skjelvende hender (Sortland, 2015), eller at de skammer seg over hvordan de spiser som gjør at pasientene ønsker å trekke seg tilbake fra fellesskapet (Karoliussen, 2000b). Personalets tilstedeværelse kan være avgjørende for en positiv og trygg opplevelse (Sortland, 2015). Ved å være tilstedeværende under måltidet kan sykepleieren gjøre observasjoner om pasientens problemer og ut i fra observasjonene som blir gjort legge forholdene til rette for en god måltidsituasjon (Karoliussen, 2000b). Nightingale hevdet at en forutsetning for å kunne ivareta pasientenes behov på riktig måte til rett tid måtte sykepleiere ha en evne til grundig og målrettet observasjon (Kirkevold, 2014). Karoliussen (2000b) skriver at det noen ganger kan det være etisk og ernæringsmessig riktig å la pasienten spise alene, men vurderingen er ikke gjort en gang for alle. I følge Helsedirektoratet (2013) må sentrale etiske prinsipper som autonomi, barmhjertighet og rettferdighet må alltid ligge til grunn for de valg sykepleieren gjør. En sentral sykepleieoppgave vil alltid være å fremme helse i form

av økt velvære hos pleietrengende pasienter på sykehjem (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2012), noe som gjør at man kan trekke paralleller mellom Nightingales sykepleieteori og moderne sykepleie. Kristoffersen, et.al., (2012) skriver at menneskets verdighet er nært knyttet til hvordan selve miljøet og omgivelsene rundt pasienten er tilrettelagt. Sykepleiefunksjonen kan anses som en integrert helhet der tid, sted og situasjon vil avgjøre hvilke sider som er mest fremtredende. Når pasienten får dekket sine grunnleggende behov på en måte som bidrar til å bevare og styrke egne ressurser, fungerer sykepleieren både forebyggende, helsefremmende og behandlende (Kristoffersen, et.al., 2012). Helsedirektoratet (2013) viser til at tiltak ved ernæringsmessige risikoer bør vurderes i prioritert rekkefølge. Det skal alltid være fokus på spisesituasjon og godt spisemiljø og man skal skjerme måltidet i den grad det er mulig.

Resultatet viser at planlegging er viktig for å redusere stress. Noen av pasientene tilpasset seg ved å unngå store grupper av mennesker. Herolfson & Kirkevold (2010) viser til at stress vil forverre symptomer, og siden mange av pasienter med Parkinson sykdom opplever symptomene svært sjenerende er de ekstra sårbare. Stress i forbindelse med måltid vil også ha negativ virkning på fordøyelsen (Sortland, 2015). Nightingale hevdet at symptomer ikke nødvendigvis er knyttet direkte til sykdom, de kan like gjerne være tegn på utilstrekkelig ivaretagelse av betingelser som må være til stede for at helse og velvære skal kunne bli opprettholdt. Hun hevdet at årsakene i stor grad kan finnes i de forholdene mennesket befinner seg i (Kirkevold, 2014). Pasientene må derfor oppmuntres til å ta den tiden de trenger til å spise (Karoliussen, 2000).

Resultatet viser at å få beholde autonomi og selvstendighet ved måltid, har en positiv innvirkning på livskvalitet. Westergren (2003a) skriver at etiske prinsipper blant annet innebærer å verne om den enkeltes autonomi (Westegren, 2003a). Sykepleiere må derfor involvere pasientene slik at de kan være med å påvirke sin egen helse. Empowerment kan bli sett på som et nøkkelord i helsefremmende arbeid (Sortland, 2015). Smebye (2000) viser til Henderson sin definisjon på sykepleie «*Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (...), noe individet ville ha gjort uten hjelp om det hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.*» (Smebye, 2000, s.222). Sykepleieren må ha som mål at pasienten skal bevare mest mulig av sin selvstendighet under måltidet ved å oppmuntre pasienten til å ta eget initiativ (Aasgaard & Bjerkheim, 2012), og gi dem mulighet til å mestre de belastninger de utsettes for (Foss & Whal, 2002). Sykepleie må være individuelt tilpasset, da sykdomsprogresjon og symptomer hos pasienter med Parkinson sykdom varierer (Herolfson & Kirkevold, 2010). Pasientens spiseevne og matinntak, samt behov for eventuelt spisehjelp må fortløpende vurderes (Helsedirektoratet, 2012). Det er viktig å gi pasientene mulighet til å foreta egne valg slik at de kan

oppleve å ha kontroll over eget liv (Foss & Whal, 2002). God sykepleie er å ta hensyn til de tilsynelatende små tingene som er spesielle for hvert menneske (Nightingale, 1997). Ut i fra personalets kjennskap til pasientens behov og ønsker og om pasienten har problemer som påvirker måltidet (Helsedirektoratet, 2012), kan man vurdere hvordan pasientens mestring kan fremmes (Karoliussen, 2000). Pasienten må selv få komme med forslag til tiltak, og sykepleieren må støtte opp under det pasienten mestrer. Dette vil kunne bidra til økt selvfølelse (Karoliussen, 2006). Nightingale formulerte sammenhengen mellom sykdom, tilheling, kosthold og sykepleie som: «*Den som setter pasientens mat ved siden av han og håper at han vil spise etter hvert, forhindrer ganske så enkelt at han får i seg mat i det hele tatt (...) Hvis sykepleieren er en intelligent person, og ikke bare en tallerkenbærer i fast rute til og fra pasienten, så bør denne personen bruke sin intelligens også i denne forbindelse*» (Sortland, 2015, s.13). Gjennom god tilrettelegging kan sykepleiere bidra til å understøtte krefter som potensielt er til stede hos pasienten og på denne måten bidra til livsmot gjennom personlig omtanke og gode holdninger (Nordtvedt, 2008). Å møte pasienten med tillit er ofte avgjørende for motivasjon og styrket selvtillit (Eide & Eide, 2012).

Resultatet viser til flere strategier som blir brukt for å mestre måltidsituasjoner. Ved at sykepleiere innehar kunnskap om hjelpemidler kan dette bidra til å tilrettelegge måltidet slik at det blir enklere for pasientene (Karoliussen, 2006). Spisebestikket kan blant annet bedres ved å sette et tykt trehåndtak på kniv, gaffel eller skje, noe som gjør at pasienten får et fastere grep om spisebestikket. Om hendene rister, kan det være hensiktsmessig at redskapene er tunge. Pasientene kan også bedre styre et metallkrus eller glass fremfor ett pappkrus eller en tynn kopp. Glasset bør ikke være mer enn halvfullt for å hindre at det skulper over og sugerør kan brukes av pasientene om de selv ønsker dette (Dansk sygeplejeråd, 2000). En elektrisk varmeplate kan holde maten varm da måltidene noen ganger kan ta lang tid (Karoliussen, 2000a). Aasgaard & Bjerkheim (2012) viser til at pasienter som har problemer med å tygge eller svelge maten må få en konsistens på maten som er tilpasset pasientens problem.

Resultatet viser at selv om pasientene har mestringsstrategier vil det ikke alltid lette de psykososiale forholdene. Florence Nightingale viste til at psykososiale forhold som skaper bekymring, unødige forstyrrelser og ubetenksom interaksjon med pasientene kan forstyrre kroppens iboende krefter. Ved utilfredsstillende tiltak basert på blant annet uvitenhet, manglende tilrettelegging og planlegging kan dette forsterkes (Kirkevold, 2014). Foss & Whal (2002) hevder at det å være avhengig av andre for å dekke grunnleggende behov er en faktor som kan påvirke selvfølelse, i tillegg til opplevelse av uavhengighet og kontroll. Næss, Mastekaasa, Moum, & Sørensen (2001) skriver om livskvalitetens fire kriterier. Disse innebærer samhörighet med andre, selvfølelse og en grunnstemning av lykke eller glede. Å «ha det godt» er synonymt med livskvalitet (Næss, et.al., 2001). Livskvalitet er knyttet opp

mot den enkeltes opplevelse av helhetlig funksjon og velvære. Sykepleiere har som oppgave å gi pasienter et godt liv til tross for sykdom og alderdom og helsefremmende tiltak er derfor viktig for å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger de utsettes for (Foss & Wahl, 2002).

4.2 Metodediskusjon

Litteraturstudien belyser et relevant og svært viktig tema innenfor sykepleie noe som anses som en styrke. Kartlegging, forebygging og tilrettelegging av ernæringsmessige risikofaktorer er et sentralt tema innenfor sykepleieyrket. I tillegg omhandler denne studien en pasientgruppe som det burde bli satt mer fokus på da diagnosen fører med seg mange utfordringer innen ernæring og måltidsituasjoner.

I søk etter relevante artikler er det gått systematisk til verks for å finne artikler som belyser hensikten i litteraturstudien. Søkeord ble valgt ut i forhold til relevans. Datasamlingen ble gjort i de anerkjente databasene Medline og Cinahl. Det kunne blitt brukt andre databaser i søket etter forskning. Det blir allikevel ansett som en styrke i litteraturstudien at artiklene er funnet i anerkjente databaser.

Kvalitetsvurdering av artiklene kan være utfordrende. 13 av 13 artikler var skrevet på engelsk og ble oversatt før de ble analysert. Språk kan være en utfordring og kan gjøre at viktige poeng kan bli misforstått ved oversettelse. På grunn av språkbegrensninger kan aktuelle artikler blitt utelukket. Tolking av tabeller kan også være en utfordring da det benyttes fagspråk en har liten kjennskap til.

Resultatet inneholder både kvantitativ og kvalitativ forskning. Dette anses som en styrke i litteraturstudien. Den kvantitative forskningen belyser forekomsten av ernæringsproblematikk hos pasientgruppen ved hjelp av statistikk i tillegg til enkel og overfladisk informasjon om fenomenet. Noen av studiene har imidlertid få deltakere, noe som kan være en svakhet for studien. Flere deltakere hadde kanskje gitt et annet resultat. Den kvalitative forskningen belyser pasientgruppens opplevelse, dette gir mer innsikt og forståelse av pasientenes problematikk og man kan på en bedre måte knytte sykepleien opp mot dette.

En styrke med oppgaven kan være at det først ble plukket ut noen artikler som ble analysert og satt sammen til kategorier. Det ble så utført flere søk etter relevant litteratur for å utdype det som manglet under kategoriene.

Artiklene er fra ulike land, dette kan være en styrke med studien, da dette viser at det er et problem som er aktuelt. Det er allikevel valgt å utelukke land i Afrika og Asia da det ikke nødvendigvis er sammenlignbart, blant annet på grunn av ulik kultur og levesett enn europeiske land.

MNA er et screeninginstrument som er brukt i utvalgt forskning, dette kan være en styrke i litteraturstudien da MNA er godkjent i flere land og anses som et valid verktøy. Det ble funnet forskning som underbygde forekomsten av ernæringsproblematikk hos pasientgruppen.

En svakhet med oppgaven kan være at noen av artiklene er mer enn ti år gammel, men siden artiklene ble ansett som relevant ble det valgt å inkludere disse i litteraturstudien.

Resultatet i litteraturstudien er bygd opp etter pasientperspektivet for å kunne belyse hvordan pasientgruppen opplever ernæringssituasjoner. Diskusjonsdelen er diskutert opp mot et sykepleieperspektiv for å kunne belyse hva sykepleiere kan gjøre i forhold til det pasientgruppen opplever som vanskelig i ernæringssituasjonene. Dette anses som en styrke i oppgaven.

I søket etter relevant forskning var hensikten å finne artikler om Parkinson-pasienter på sykehjem. Da det var vanskelig å finne forskning innenfor denne rammen med tanke på ernæringsmessige risikofaktorer, ble pasienter som bodde utenfor sykehjem inkludert i studien. Dette anses allikevel som relevant for litteraturstudien da symptomer og problemer ikke vil bli bedre gjennom sykdomsforløpet og 5% av pasienter med Parkinson sykdom havner på sykehjem på grunn av økt funksjonsnedsettelse.

Florence Nightingales sykepleieteori er anvendt i litteraturstudien da hun var en av de første teoretikerne som snakket om ernæring. Dette kan anses som en svakhet i studien da sykepleieteorien er gammel og en styrke da Nightingale anses som den moderne sykepleiers grunnlegger.

5 KONKLUSJON

Resultatet viser at pasienter med Parkinson sykdom kan være utsatt for ernæringsmessig risiko og at det er flere faktorer som spiller inn på ernæringssituasjonen hos denne pasientgruppen. Sykepleiere har derfor en viktig rolle når det gjelder forebygging og redusering av faktorer som har innvirkning på dette. Det kreves kunnskap om kartleggingsverktøy og sykepleiere må holde seg oppdatert på hjelpemidler for å kunne skape en god kvalitet på ernæringsarbeidet. I tillegg må kunnskap om diagnosen stå sentralt i arbeidet for å kunne støtte og tilrettelegge for pasientene ut i fra den enkeltes individuelle behov. Tverrfaglig samarbeid vil også kunne bidra til en bedre behandling og oppfølging av ernæringssituasjonen for pasientene.

Studiens hensikt er relevant for sykepleiere sitt arbeid, både for Parkinson-pasienter og pasientgrupper med andre nevrodegenerative sykdommer. Studien vil kunne benyttes i praksis.

For å videre kunne utdype problemstillinger som omhandler ernæring og Parkinson sykdom er det et behov for mer forskning rundt temaet, da spesielt kvalitativ forskning. Økt kunnskap om ernæring for denne pasientgruppen vil kunne gjøre mye i forhold til en mer tilrettelagt måltidsituasjon og et bedre ernæringsinntak.

LITTERATURLISTE

- Aagard, H. (2010) Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse, sykepleien forskning (5), 36-43. Hentet 26.02-16 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/mat-og-maltider-i-sykehjem-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse>.
- Aasgaard, H., & Bjerkheim, T. (2012). «Væske og ernæring», I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 2*. (s.161 - 208) 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Andersen, I. D., (2000). «Sykepleieprosessen», I Kristoffersen, N. J., (red.) *Generell sykepleie 2 – Pasient og sykepleier – samhandling, opplevelse og identitet*. (s.11-61) 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Andersson, I. & Sidenvall, B., (2001). Case studies of food shopping, cooking and eating habits in older women with Parkinson's disease. *Journal of advanced nursing*, 35(1), 69-78.
- Bache, K. (1999). «Dysfagi og Ernæring», I Stensvold, H., Utne, L., (red.) *Dysfagi*. (s.118-132) 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Barichella, M., Villa, M. C., Massarotto, A., Cordara, S. E., Marczevska, A., Vairo, A., Baldo, C., Mauri, A., Savardi, C., & Pezzoli, G. (2008). Mini Nutritional Assessment in patients with Parkinson's disease: correlation between worsening of the malnutrition and increasing number of disease-years. *Nutritional neuroscience*, 11(3), 128-134.
- Bertelsen, A. K. (2012). «Sykdommer i nervesystemet», I Ørn, S., Mjell, J., Bach, E. G (red.) *Sykdom og behandling* (s.313 – 336) 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beyer, P. L., Palarino, M. Y., Michalek, D., Busenbark, K., & Koller, W. C., (1995). Weight change and body composition in patients with Parkinson's disease. *Jurnal of the Amerikan dietetic association*, 95(9), 979-983.
- Bottino-Bravo, P., & Thomson, J. (2008). When It's a Hard Act to Swallow: Dysphagia in Home Care. *Home Healthcare Now*, 26(4), 244-250.
- Brodtkorb, K. (2010). «Ernæring, mat og måltider», I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A. H., (red.) *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 254 – 265) 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Carrier, N., West, G. E., & Ouellet, D. (2009). Dining experience, foodservices and staffing are associated with quality of life in elderly nursing home residents. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(6), 565-570.
- Coates, C., & Bakheit, A. M. O. (1997). Dysphagia in Parkinson's disease. *European neurology*, 38(1), 49-52.
- Dalland O., (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5.utg, Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dansk sygeplejeråd (2000). «Parkinsonisme», I Pakkenberg, H., Smith., B. S., Sehested, E., (red.) *Neurologi og neurokirurgi* (s.113-123) 1.utg. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck
- Dauwerse, L., Hendriks, A., Schipper, K., Struiksma, C., & Abma, T. A. (2014). Quality-of-life of patients with Parkinson's disease. *Brain injury*, 28(10), 1342-1352.
- Eide, H., & Eide, T., (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P., (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139-146.
- Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta otorhinolaryngologica italica*, 27(2), 83.
- Forsberg, C. & Wengström, Y., (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier, värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning*. Stockholm: bokforlaget Natur og Kultur.
- Foss, B., & Wahl, A., (2002). Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*, 90 (18), 35-39.
- Gustafsson, K., Andersson, I., Andersson, J., Fjellström, C., & Sidenvall, B. (2003). Older Women's Perceptions of Independence Versus Dependence in Food-Related Work. *Public Health Nursing*, 20(3), 237-247.
- Helsedirektoratet (2012). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse – og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Herlofson, K. Kirkevold, M., (2010). «Parkinson sykdom». I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A. H., (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 418 - 432) 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Iggulden H., (2006). *Care of the neurological patient*. Australia. Blackwell Publishing Ltd
- Individuell plan, (2010). *Veileder til foreskrift om individuell plan*. Helsedirektoratet, Oslo.
- Karoliussen, M. (2006). «Ernæring», I Karoliussen, M., & Smebye, K. L., (red.) *Eldre, aldring og sykepleie* (s. 303-362). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karoliussen, M., (2000a). «Aktivitet og hvile». I Karoliussen, M., & Smebye, K.L., (red.) *Eldre, aldring og sykepleie* (s. 437 – 526) 2.utg Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karoliussen, M., (2000b). «Ernæring», I Karoliussen, M., & Smebye, K. L., (red.) *Eldre aldring og sykepleie* (s. 327 – 348) 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., (2010). «Hjerneslag», I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H., (red.) *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s.406 -417) 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., (2014). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. (2012) «Om sykepleie», I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, Bind 1* (s.15 – 29) 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorefält, B., Granérus, A. K., & Unosson, M., (2005). Avoidance of solid food in weight losing older patients with Parkinson's disease. *Journal of clinical nursing*, 15(11), 1404-1412.
- Miller, N., Noble, E., Jones, D., & Burn, D. (2006). Hard to swallow: dysphagia in Parkinson's disease. *Age and ageing*, 35(6), 614-618.
- Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (2012). *Handlingsplan for Parkinson sykdom*. www.sus.no/nkb. Hentet fra: [<http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-bevegelsesforstyrrelser/Documents/Behandlingsplaner/PSK%20-%20Handlingsplan%20for%20Parkinsons%20sykdom%20i%20Norge.pdf>].
- Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (2010). Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinson sykdom. www.sus.no/nkb. Hentet fra [<http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-bevegelsesforstyrrelser/Sider/parkinsons-sykdom.aspx>].
- Nightingale, F., (1997). *Notater om sykepleie*. I Skretkowicz. V., (red.), (Melbye, S., Overs.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norges Parkinsonforbund, (2001). *Parkinsons sykdom - kostholdets betydning* [brosjyre]. Oslo: Norges Parkinsonforbund.

- Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T., & Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Nordtvedt, P., (2008). *Sykepleiens grunnlag*. Oslo: Univeristetsforlaget.
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2012). *Nursing Research: Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*, 9. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 8(4).
- Sheard, J. M., Ash, S., Mellick, G. D., Silburn, P. A., & Kerr, G. K. (2014). Improved nutritional status is related to improved quality of life in Parkinson's disease. *BMC neurology*, 14(1), 1.
- Sidenvall, B., (2003). «Inledning – ätandet under livets olika skeden», I Westergren, A., (red.) *Svårigheter att äta*. (s.17 - 26). Sverige: studentlitteratur.
- Sjøen, R. J., Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Smebye, K. L. (2000). «Sykepleie til eldre», I Karoliussen, M & Smebye, K. L. (red.) *Eldre, aldring og sykepleie* (s. 187 – 246) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer en mat og drikke*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D-G., Almås, H., Kondrup, J., (2011). «Ernæring ved sykdom», I Almås, A., Stubberud, D-G., Grønserth, R., (red.) *Klinisk sykepleie 1* (s.477 – 505.) 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Söderhamn, U., (2010). Screening – en hjelp til å identifisere eldre i fare for underernæring. *Demens&Alderspsykiatri*, 14(1), 19-22. Hentet fra:
[<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2269>]
- Thoresen, L., (2012). «Næringsbehov ved sykdom», I Ørn, S., Mjell, J., Bach, E. G. (red.) *Sykdom og behandling* (s.551 - 562) 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Westergren, A., (2003a). «Etikk och ätande», I Westergren, A., (red.) *Svårigheter att äta*. (s.157-162) Sverige: studentlitteratur.
- Westergren, A., (2003b). «Konsekvenser av svårigheter att äta», I Westergren, A., (red.) *Svårigheter att äta*. (s.147-155) Sverige: studentlitteratur.
- Westergren, A., (2003c). «Påverkan på ätandet när man blir äldre», I Westergren, A., (red.) *Svårigheter att äta*. (s.47-53) Sverige: studentlitteratur.

Westergren, A., (2003d). «Sjukdomars inverkan på ätandet», I Westergren, A., (red.) *Svårigheter att äta*. (s.67-74) Sverige: studentlitteratur.

Wressle, E., Engstrand, C., & Granérus, A. K. (2007). Living with Parkinson's disease: Elderly patients' and relatives' perspective on daily living. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(2), 131-139.

Årsland, D., Figved, N., (2004). «Psykiatriske symptomer hos pasienter med nevrologiske sykdommer», I Værøy, H., Værøy, M. G., (red.) *Nevro-psykiatri* (s.235 - 248) 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG 1

Oversikt over søkestrategier

Database og dato	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 31.03 - 16	Søket ga nok begrensninger i seg selv	Parkinson Disease AND Malnutrition AND Weight Loss	4	4	3	1	1
Medline 31.03 - 16	Ingen	Parkinson Disease AND Nutritional status Or Nursing homes Or Eating Or Food services Or Aged Or Quality of life	3	3	2	1	1
Medline 31.03 - 16	Søket ga nok begrensning i seg selv	Parkinson Disease AND Eating habits Or Food habits Or Eating behavior Or eating	28	28	4	3	1

Medline 31.03 - 16	Søket ga nok begrensning i seg selv	Parkinson Disease AND Quality of life AND Nutrition Assessment Or Nutrition Therapy Or Nutrition Disorders Or Nutrition process Or Nutrition surveys Or Nutrition	6	6	4	2	1
Medline 01.04 - 16	Søket ga nok begrensning i seg selv	Dining experience AND Food - service	1	1	1	1	1
Medline 02.04 -16	Ingen	Parkinson Disease AND Diet Or nutritional status Or Nutritional disorders Or Health planning Or Food supply Or Nutrition problems.mp Or Nutritional	158	158	20	5	1

		Physiological phenomena					
Medline 02.04 - 16	Søket ga nok begrensninger i seg selv	Parkinson Disease AND Dysphagia Or Deglution disorders AND Food supply Or Malnutrition Or Body weight Or nutrition disorders Or nutritional status	12	12	10	4	1
Chinal 05.05 -16	Full text	Parkinson`s disease AND Deglution disorders	24	24	20	5	2
Cihnal 20.04 -16	Ingen	Parkinson Disease AND Daily living	10	6	5	2	1
19.05 -16	Håndsök						3

Utvalg 1: Lest artikkelens tittel

Utvalg 2: Lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen valgt for gransking og vurdering

VEDLEGG 2

Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design / Intervensjon / Instrument/	Deltagere / bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Andersson et al. (2001) Journal of advanced nursing Sverige	Å finne ut hvordan eldre kvinner med Parkinson sykdom håndterte å lage, handle og spise mat. Observasjon om ernærings- behov ble dekket.	Kvalitativ studie Intervju	10 kvinner med Parkinson sykdom	Endret luktesans, appetitt og smak i kombinasjon med problemer med å transportere mat til munnen og svelge denne, var en risiko for ernærings- statusen. Selvstendighet var gitt høy prioritet.	Relevant for oppgaven Få personer Godkjent av forsknings – etisk komite
Barichella et al. (2008) Nutritional Neuroscience Italia	Å undersøke ernærings- status av pasienter med Parkinson sykdom ved bruk av (MNA)	Kvantitativ Studie Spørre- skjema og telefon- samtale	61 deltagere ved oppstart av studien, 37 menn og 24 kvinner. 26 i bortfall	MNA viste at pasienter med risiko for under- ernæring økte fra 22,9 % til 34,3 % på tre år. Det ble funnet sammenheng mellom vektendringer og varigheten av sykdommen.	Relevant i forhold til studiens hensikt Forsknings- etisk kvalitet er ikke beskrevet

			ved neste oppmøte	Kosten ble redusert, det samme ble BMI.	Få pasienter er med i studien
Beyer et al. (1995) Journal of the American dietetic association USA	Å sammenligne rapportert vekttap og kropps– sammen – setning for å forutse ernærings – risiko hos pasienter med Parkinson sykdom	Kvantitativ studie Rapport fra pasientene om vekttap Og målinger av kropps– sammen– setning	51 pasienter med Parkinson sykdom og 49 kontroll- objekter	Pasienter med Parkinson sykdom hadde fire ganger større kjangs for et vekttap over 2,3 enn kontrollobjekter. Det ble funnet sammenhenger mellom rapportert vekttap og IBW, BMI, TSF, prosent av BF og graden av sykdom.	Av eldre dato men anses relevant for studiens hensikt Få deltagere Etisk godkjent
Carrier et al. (2009) The journal of Nutrition, health and aging Canada	Å finne ut om måltids – opplevelse, mat og ernærings – arbeid påvirker eldre pasienters livskvalitet.	Kvantitativ Intervju	38 sykehjem deltok i studien Pasienter ble valgt	Antallet «spisevenner», autonomi i matsituasjoner, et antall pasienter per pleier, mat servert på fat, menyvalg og fint servise har sammenheng med livskvalitet.	Relevant for studien Handler ikke om pasienter med Parkinson sykdom, men det er overførbart Godkjent av forsknings – etisk komite
Coates et al. (1997)	Å finne sammenhenge	Kvantitativ studie	53 Pasienter	Sykdomsvarighet har sammenheng	Forskning av gammel dato,

European Neurology England	r mellom ernærings- status og dysfagi	Datasamling		med alvorlighetsgraden av dysfagi. Studien identifiserte også tremor og kommunikasjons- problemer som en av hovedårsakene til dysfagi.	men den er allikevel relevant for studien Usikker på om denne er etisk vurdert da det ikke er beskrevet
Dauwerse et al. (2014) Brain injury Nederland	Å undersøke hvilke faktorer som har innvirkning på livskvalitet for pasienter med Parkinson sykdom.	Kvalitativ studie Intervju med pasientene	27 personer var med i studien Pasienter og familie deltok	Pasientene hadde et bredt utvalg av problemer som ble relatert til livskvaliteten. Dette innebar blant annet sosialt press, kommunikasjon og personlige faktorer.	Relevant i forhold til studiens hensikt Av nyere dato Studien var ikke etisk vurdert, da det ikke kreves for denne type studie
Ekberg et al. (2001) Dysphagia	Å se sammen- hengen mellom dysfagi og livskvalitet.	Kvantitativ studie Intervju	360 pasienter	50% av pasientene spiste mindre. 44% rapporterte vekttap i løpet av 12mnd. 41%	Relevant i forhold til studiens hensikt

Sverige				hadde opplevd angst og panikk i måltids-situasjoner. De unngikk å spise sammen med andre på grunn av diagnosen.	Forskningen bygger på mange land Finner ikke godkjennelse av forsknings-etisk komite
Farri et al. (2007) Acta Otorhino-laryngol Italia	Å avdekke sosiale og emosjonelle konsekvensene hos pasienter med Dysfagi. I tillegg til å evaluere livskvaliteten etter diagnosen og hvordan samtaleterapi kan forbedre det.	Kvantitativ Spørre-skjema	73 pasienter	De hadde mindre selvtillit, dårligere sosialt liv, de isolerte seg selv. De anså ikke måltid som en arena for sosial glede. Matkonsistens måtte endres.	Relevant for oppgaven Ikke innenfor aldersgruppen > 65
Gustafsson et al. (Blackwell publishing, inc Sverige	Å finne kulturelle betydninger i sammenheng med mat og matlaging. Og hvilken innvirkning sykdommen har. Og hva som kunne	Kvalitativ studie Intervju	72 kvinner	Kvinnene verdsatt selvstendighet. De ville klare seg selv så lenge som mulig. De brukte forskjellige strategier for å kunne mestre situasjonen. De ville ikke være en byrde for andre.	Omhandler flere diagnoser en Parkinson sykdom, men relevant for studien Godkjent av forsknings-etisk komite

	hjelpe dem med å være uavhengig				
Lorefält et al (2005) Journal of Clinical Nursing Sverige	Å finne ut i hvilken grad Parkinson symptomer, inkludert mild dysfagi og andre spiserelaterte problemer kunne ha en innvirkning på valget av konsistens og matinntak. I tillegg til å finne ut om dette kunne være relatert til vekttap på grunn av den nevro-generative prosessen	Kvantitativ studie	26 personer med Parkinson sykdom og 26 kontroll objekter	Hos pasienter med vekttap, motor – symptomer, problemer med ADL, problemer med spising relatert til motor – symptomer økte disse og de hadde en høyere forekomst av dysfagi sammenlignet med kontroll – objektene. Pasientene fikk i seg en mindre mengde væske og fast mat. Vekttap ble assosiert med det kvinnelige kjønn, spise problematikk relatert til ADL og at de spiste myk mat. Vekttap hadde ikke sammenheng med alder	Relevant i forhold til studiens hensikt Informert samtykke var foretatt hos alle pasientene i studien. Studien er godkjent av Forsknings – etisk komite.

Miller et al. (2006) Oxford University Press England	Å utforske hvordan forandringer i svelge- prosessen påvirker livene til pasienter med Parkinson sykdom	Kvalitativ Intervju	37 personer med Parkinson sykdom	Det var både fysiske og psykososiale effekter av svelgproblematikk . Dette inkluderte følelse av stigma, endrede matvaner, behovet for sosial tilpassing og omsorg. Mestrings- strategier kunne forbedre situasjonen, men påvirke familien rundt.	Godkjent av forsknings – etisk komité Relevant for studien
Sheard et al. (2014) BCM neurology Australia	Å finne sammen- hengen mellom livskvalitet og ernærings- status blant pasienter med Parkinson sykdom	Kvantitativ studie Data samlet over 6 og 12 uker	39 pasienter	Livskvalitet var lavere blant de med dårlig ernæringsstatus, spesielt i forhold ADL.	Relevant i forhold til studiens hensikt Godkjent av forsknings- etisk komite.
Wressle et al. (2007) Australian Occupationa	Hvordan Parkinson kan påvirke dagliglivet både til pasient og pårørende	Kvalitativ studie Intervju	7 pasienter 9 pårørend e	Pasientene hadde aktivitets restriksjoner, endrede vaner, mindre sosial kontakt og angst.	Relevant for oppgaven Godkjent av forsknings- etisk komite

I Therapy Journal Sverige				Pårørende rapporterte endrede roller og vaner, mindre sosial omgang, angst for fremtiden. Tilretteleggende faktorer inkluderte tilgjengelighet, strategier og psykologisk støtte.	
-------------------------------------	--	--	--	---	--

VEDLEGG 3

Analysetablell

Subkategori	Kategori
<p>Screeningmetoden MNA ble brukt til å kartlegge vektendringer og ernæringsstatus.</p> <p>Flere studier viste at pasienter med Parkinson sykdom hadde vekttap.</p> <p>Pasientene hadde lavere antropometriske mål enn kontrollobjekter.</p> <p>Vektforandringer som ble rapportert var relatert til stadier av sykdommen i tillegg til symptomer</p> <p>Kartlegging viste at dysfagi var en kritisk faktor i forekomsten av underernæring</p> <p>Bevegelighet, spisevansker og motoriske symptom øke hos Parkinson-pasienter med vekttap.</p>	Kartlegging av ernæringsstatus
<p>Fysiske og psykososiale viser seg å ha en innvirkning på måltidsopplevelsen og matinntaket for personer med Parkinson Sykdom og kan forringe sosiale vaner rundt måltid og det å spise sammen med andre.</p> <p>Dysfagi og symptomene rundt dette viste seg som en faktor som gjorde pasientene emosjonelt sårbare, usikre, i tillegg til mangel på selvtillit. Isolasjon kunne forekomme.</p> <p>Motoriske og ikke-motoriske symptomer viste seg som en utfordring.</p> <p>Endrede spisevaner kom frem som et resultat</p>	Matinntak og måltidsopplevelse
Måltidsopplevelser og ernæringsstatus er forbundet med livskvalitet	Livskvalitet, måltidsopplevelse og mestring

<p>Pasientene ønsker et meningsfullt og sosialt liv og bli anerkjent som menneske</p> <p>Planlegging for å redusere stress</p> <p>Viktig å få beholde autonomi og selvstendighet ved måltid, da dette har positiv innvirkning på livskvalitet.</p> <p>Tilleggede mestringsstrategier for måltidsituasjoner</p>	
--	--